



Facultad  
de Medicina



# ACTIVIDAD FÍSICA EN MUJERES CON FIBROMIALGIA

## PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

**Autoras:**

Mercedes Elisa Rodríguez Hernández  
María Trucharte Martínez

**Tutor/a:**

M<sup>a</sup> Luisa Cid Galán

Trabajo de Fin de Grado  
Curso 2018/2019

Universidad Autónoma de Madrid  
Grado en Enfermería



## **ÍNDICE**

1. Resumen .....	1
2. Abstract.....	3
3. Introducción.....	5
Justificación del trabajo.....	17
4. Metodología.....	19
Objetivo general.....	19
5. Conclusión. ....	31
6. Agradecimientos .....	33
7. Bibliografía .....	34
8. Anexos .....	38



## **1. RESUMEN**

Introducción: La fibromialgia (FM) es una enfermedad reumática de etiología desconocida caracterizada, principalmente, por la presencia de dolor musculoesquelético no localizado y que frecuentemente produce hiperalgesia y alodinia. Su diagnóstico se realiza a través de un anamnesis o valoración principal y una exploración física. El tratamiento más recomendado para esta patología, resulta ser la actividad física, no obstante, esta pauta debe ser individualizada según las características y capacidades de la persona. De esta manera, un programa de Educación para la Salud (EpS) en este ámbito, no sólo aporta mayor conocimiento sobre la enfermedad y su tratamiento, sino que permite el establecimiento de unos hábitos saludables en estas pacientes que mejoren su calidad de vida.

Objetivo: Proporcionar conocimientos a las mujeres acerca de la fibromialgia y los beneficios que la actividad física conlleva en dicha patología, a través de la elaboración de un programa de Educación para la Salud.

Metodología: Esta EpS va dirigida a mujeres con edades comprendidas entre 30 y 50 años que padecen FM. La captación se realizará a través de folletos y carteles informativos, disponibles en Afibrom, e incluirán información acerca de la localización, horarios, duración y número de sesiones.

Conclusión: Con esta EpS se pretende no solo incrementar la calidad de la atención sanitaria prestada, sino también, proporcionar una mayor visibilidad a la figura de la enfermera\*. Por otro lado, permite que, a su finalización, las pacientes sean capaces de manejar la enfermedad y llevar a cabo estilos de vida saludables en relación con la actividad, así como reconocer al profesional de enfermería\*\* como fuente de apoyo.

Palabras claves: Fibromialgia, enfermería, actividad física, Educación para la Salud.

*\*Utilizamos el término enfermera/s para referirnos a ambos sexos*

*\*\*Utilizamos el término profesional/es de enfermería para referirnos a ambos sexos*



## **2. ABSTRACT**

**Introduction:** Fibromyalgia (FM) is a rheumatic disease of unknown etiology characterized, mainly, by the presence of non-localized musculoskeletal pain that frequently produces hyperalgesia and allodynia. Its diagnosis is made through a history or main assessment and a physical examination. The most recommended treatment for this pathology, turns out to be physical activity, however this guideline must be individualized according to the characteristics and capabilities of the person. In this way, a Health Education project (EpS) in this area not only provides more knowledge about the disease and its treatment, but also allows the establishment of healthy habits in these patients that improve their quality of life.

**Objective:** To provide knowledge to women about Fibromyalgia and the benefits that physical activity entails in this pathology, through the development of a Health Education project.

**Methodology:** The population to which this EpS is addressed are women aged between 30 and 50 years suffering from FM. The recruitment will be made through brochures and information posters, available in Afibrom and will include information about the location, time, duration and number of sessions

**Conclusion:** This EpS aims not only to increase the quality of health care provided, but also to provide greater visibility to the figure of the nurse \*. On the other hand, it allows patients to be able to manage the disease and carry out healthy lifestyles in relation to the activity, as well as to recognize the nursing professional \*\* as a source of support.

**Key Words:** Fibromyalgia, Nursing, Physical Activity, Health Education.





### **3. INTRODUCCIÓN**

El síndrome de fibromialgia (SFM), fue definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “*aquella alteración o interrupción de la estructura o función de una parte del cuerpo, con síntomas y signos característicos y cuya etiología, patogenia y pronóstico pueden ser conocidos o no*”<sup>1</sup>. Se trata de una enfermedad reumática de etiología desconocida caracterizada, principalmente, por la presencia de dolor musculoesquelético no localizado <sup>2</sup> y que frecuentemente produce hiperalgesia y alodinia<sup>3</sup>.

En 1750, Richard Mannigham, describió como “*febrícula o pequeña fiebre*” a un grupo de síntomas que posteriormente se relacionaban con el SFM <sup>4</sup>. En el siglo XIX aún no se reconocía como una enfermedad reumática, pero comenzaron a aparecer evidencias de que se producía principalmente en los músculos. En 1904 se clasificó como tal, y se le denominó “fibrositis”<sup>1</sup>. En 1975, Hench, acuñó el término de fibromialgia que permitió distinguirla del resto de alteraciones reumáticas, ya que no presenta síntomas de inflamación<sup>1</sup>. En la década de los 90, la American College of Rheumatology (ACR) reconoció los criterios para la clasificación de la fibromialgia y en 1992, la OMS la definió, por primera vez, como entidad clínica <sup>4</sup>. Al ser una enfermedad de origen desconocido y diagnóstico confuso, su inclusión en la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10) resultó más tardía <sup>4</sup>.

La etiopatogenia del síndrome de fibromialgia no se conoce con exactitud <sup>5</sup> y se diferencia del resto de enfermedades reumáticas, en que no tiene evidencia de signos inflamatorios <sup>6</sup>. Sin embargo, no sólo produce dolor crónico, sino que coexiste con otros síntomas como son la fatiga, ausencia de sueño reparador, trastornos del humor (ansiedad, depresión) <sup>6</sup> e incluso en ocasiones, los pacientes pueden experimentar parestesias, migrañas, edemas en miembros superiores (MMSS), dificultad en la concentración y deterioro en la capacidad para memorizar <sup>3,7</sup>.

El curso natural de la FM es crónico, pero existen fluctuaciones en la intensidad de los síntomas, de manera que esta puede aparecer disminuida, sin que esto signifique su desaparición o curación <sup>3,5</sup>.

Diferentes estudios han descrito algunos factores de riesgo que se asocian a una mayor incidencia <sup>3</sup>. Éstos, aparecen resumidos en el **Cuadro 1**.

**Cuadro 1. Factores de riesgo de la FM.**

FACTOR DE RIESGO	DESCRIPCIÓN
Ser mujer.	Aproximadamente afecta a 9 mujeres por cada hombre.
Antecedentes familiares.	No se trata de una enfermedad hereditaria, pero existe mayor probabilidad de padecerla si familiares de primer grado presentan el síndrome.
Existencia previa de dolor crónico regional.	Se ha observado que aquellas personas que previas al debut de la enfermedad, padecían de dolores tipo migrañas o dolores miofasciales, tienen mayores probabilidades de padecer SFM.
Presencia de estrés emocional.	Sobre todo, en personas con problemas de salud mental como son el estrés postraumático, o trastorno obsesivo compulsivo. Además, el estrés presente en la vida cotidiana agrava la sintomatología del SFM.
Haber sufrido situaciones estresantes en el pasado.	Por ejemplo, infecciones que han supuesto periodos prolongados de fiebre elevada.

*Fuente:* Elaboración propia, tomado de: <sup>3</sup> Cabo - Meseguer A, Cerdá - Olmedo G, Trillo-Mata JL. <sup>6</sup> Pérez Bernal C, Pérez Bernal M, y García Giménez B. <sup>8</sup> Guzmán-Silahúa S, et al.

Por otro lado, es frecuente que se produzca en la edad adulta, siendo el rango de edad más común entre los 35-50 años, y en poblaciones con nivel socioeconómico y educativo bajo, así como en zonas rurales <sup>9</sup>.

Aunque la fisiopatología del SFM es desconocida, existen algunas teorías que pueden explicar su aparición. La etiopatogenia se considera multifactorial, e incluye factores genéticos y epigenéticos que determinan una disfunción en los sistemas de regulación y modulación del dolor <sup>5</sup>.

Existen hipótesis que hablan también de mecanismos disfuncionales a nivel del Sistema Nervioso Periférico (SNP) y alteraciones musculares <sup>7</sup>.

No obstante, la teoría más aceptada hoy en día, es la relacionada con un trastorno que ocasiona alteraciones en los mecanismos del dolor a nivel de Sistema Nervioso Central (SNC) y que, por tanto, produce hipersensibilidad dolorosa <sup>6</sup> (**Cuadro 2**).

**Cuadro 2. Modificaciones a nivel del Nivel Sistema Nervioso Central de la FM.**

NIVELES	RESPUESTAS
<b>Nociceptivo</b>	Se encarga de la percepción de amenazas a través de la modulación del dolor, activación de mecanismos de alerta, el estrés y respuestas fisiológicas adaptativas; los pacientes con SFM, responden con mayor intensidad y duración ante un mismo estímulo que en una persona sana. Aunque la detección del estímulo sea correcta, el umbral del dolor está más disminuido y por lo tanto, hay menor tolerancia al mismo.
<b>Neurofisiológico</b>	La hiperactividad nociceptiva, no sólo se produce ante un estímulo, sino que se ha observado incluso en situaciones de reposo. Se produce un aumento de los niveles de glutamato (principal neurotransmisor excitatorio) y de otros metabolitos excitatorios como son la sustancia P y el factor de crecimiento neuronal.

*Fuente:* Elaboración propia tomado de: <sup>5</sup> Collado Cruz A, et al., <sup>9</sup> Rosselló Aubach L.

También puede explicarse la aparición del SFM por una disminución de serotonina (modulador de la percepción del sueño, dolor y humor) <sup>6</sup> y de cortisol <sup>9</sup>. Por un lado, la disminución de la concentración de serotonina, produce un agravamiento de los síntomas psiquiátricos (depresión y ansiedad) y con ello, de la enfermedad <sup>9</sup>. En relación al cortisol, los pacientes con SFM, tienen niveles corporales disminuidos y, por lo tanto, hay una mala reacción fisiológica ante el estrés <sup>9</sup>.

Otra teoría postula que hormonas sexuales, como la testosterona, es protectora frente al dolor, y los estrógenos y progestágenos son pronociceptivas <sup>9</sup>. Así, las mujeres perciben el dolor crónico con mayor intensidad y de forma más prolongada que los hombres, los cuales, además, poseen mecanismos de control del dolor, más potentes <sup>9</sup>.

El diagnóstico de la enfermedad, como se ha mencionado, es complicado debido a la ausencia de signos físicos junto con la escasez de trabajos de investigación en el área.

Principalmente, se realiza través de un anamnesis o valoración principal, y una exploración física <sup>6</sup>.

El anamnesis resulta fundamental, siendo el síntoma clave el dolor <sup>6</sup>. La exploración física ha de ser muy exhaustiva, teniendo en cuenta que, los pacientes con SFM presentan la movilidad articular completa, además de un umbral de dolor patológicamente descendido <sup>6</sup>. En el **cuadro 3** están recogidos los criterios diagnósticos según la ACR sobre el SFM<sup>6</sup>.

**Cuadro 3. Criterios diagnósticos de la FM según la American College of Rheumatology.**

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	OBSERVACIONES
Historia de dolor.	Al menos, de tres meses de evolución, extendido en tres de los cuatro cuadrantes corporales (hemicuerpo derecho, hemicuerpo izquierdo, hemicuerpo superior, hemicuerpo inferior).
Dolor a la presión en once de los dieciocho puntos de bajo umbral para el dolor a estímulos mecánicos. <b>Anexo 1.</b>	La presión debe realizarse con el pulgar o índice sin ejercer una fuerza mayor de 4 kg, y debe ejercerse de forma gradual.  Los puntos no deben presentar signos de inflamación previo, ya que de esa manera no implicaría el diagnóstico de SFM.
Valoración subjetiva del dolor.	A través de escalas como la visual analógica (EVA) o la Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). <b>Anexo 2.</b>

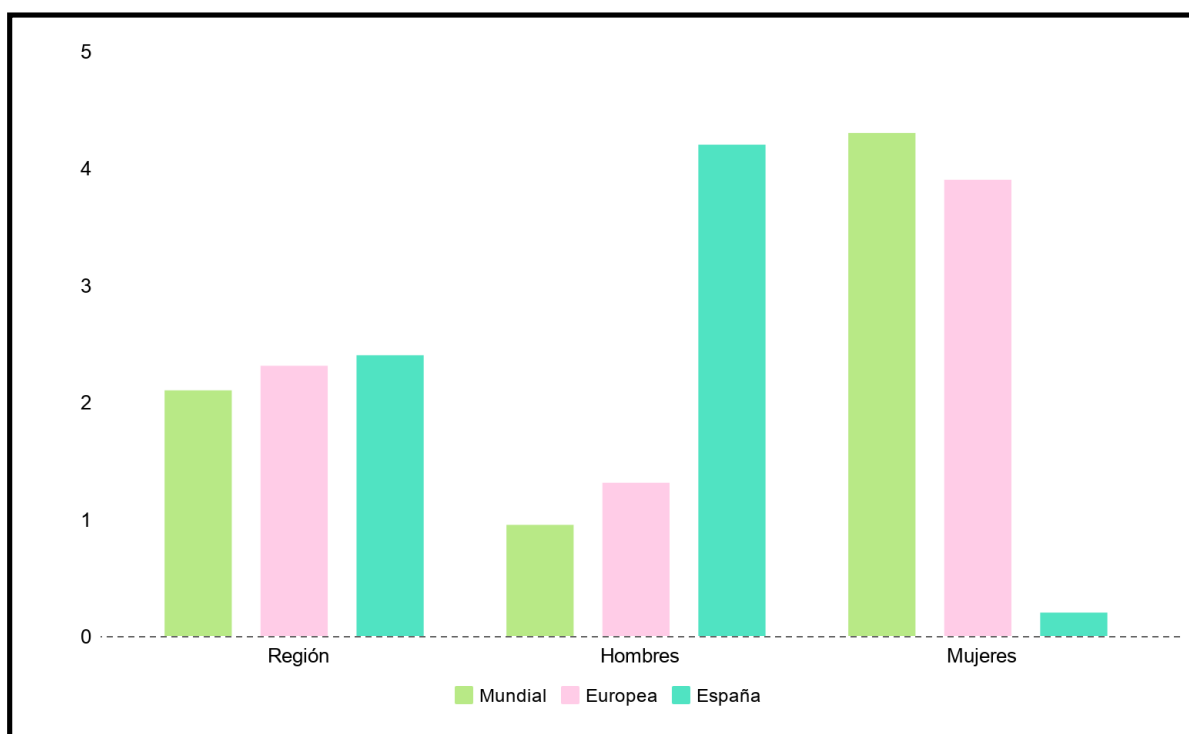
Fuente: Elaboración propia, tomado de: <sup>6</sup> Pérez Bernal C, Pérez Bernal M, y García Giménez B.

Así mismo, se deben realizar pruebas de laboratorio para descartar otras patologías como, por ejemplo, hipotiroidismo o enfermedad renal; además de pruebas de imagen como resonancias magnéticas, en las que podría apreciarse una disminución de la sustancia gris, análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR) para comprobar la concentración de glutamato o la valoración del índice de masa corporal (IMC), ya que existen asociaciones entre valores elevados del mismo y la fibromialgia <sup>8</sup>.

En relación con la epidemiología del SFM, se trata de la enfermedad con mayor prevalencia dentro de las patologías reumáticas, con gran impacto en la calidad de vida y repercusiones psicológicas que produce una prevalencia mundial de un 2.10%, con una incidencia de 4,3 % en mujeres y 0,95% en hombres <sup>3</sup>.

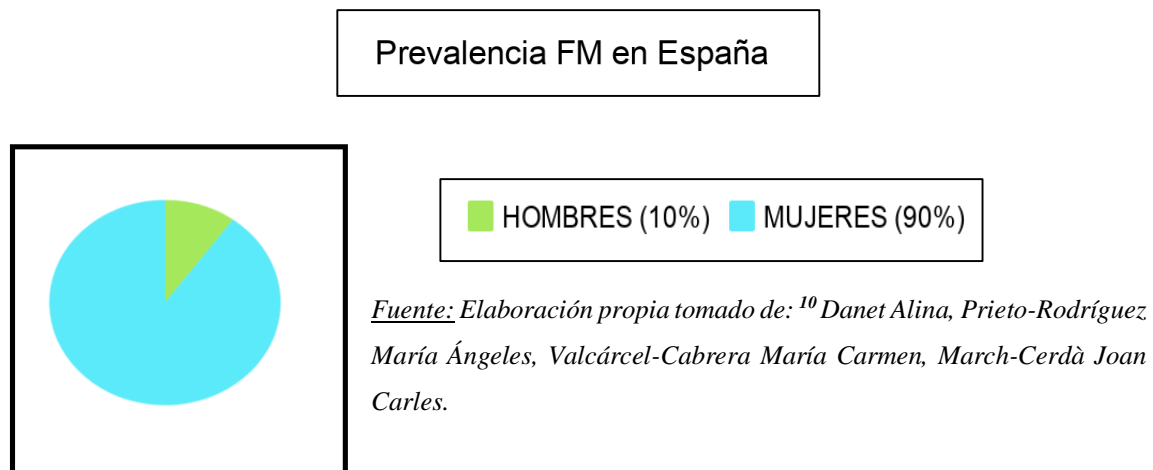
En Europa, es la entidad clínica con mayor predominio (2,31%) respecto al resto de continentes <sup>3</sup>. Afecta a quince millones de europeos y a más de un millón de españoles. No obstante, la dificultad en el diagnóstico supone una subestimación en estas cifras <sup>9</sup>. En nuestro país, afecta al 2,4% de la población, siendo, de nuevo, más predominante en mujeres (4,2%) que en hombres (0,2%) <sup>3</sup>.

Distribución geográfica del SFM



*Fuente:* Elaboración propia, tomado de: <sup>3</sup> Cabo - Meseguer A, Cerdá - Olmedo G, Trillo-Mata JL. Fibromyalgia: Prevalence epidemiologic profiles and economic costs. Med Clin, 2017, 149 (10): 441-448.

De hecho, las mujeres representan un 90% de las personas que padecen dicha dolencia <sup>10</sup>. Sin embargo, esto no supone que la atención a la población masculina no sea relevante, sino que la mayor prevalencia en mujeres y la influencia de la desigualdad de género en la vivencia de esta enfermedad, responden a la focalización en esta población.



A pesar de que la literatura científica, que enfoca esta desigualdad desde la perspectiva de género, aparece de forma escasa, existen estudios en donde se refleja como la feminización de esta enfermedad se proyecta en aspectos como: el diagnóstico tardío, diferencias en cuanto a criterios diagnósticos, la repercusión de la patología en la vida de las mujeres, así como la incomprensión percibida por las mismas <sup>10</sup>.

Además, cabe destacar como el carácter crónico de la FM produce numerosas consecuencias en la vida de las personas que lo padecen, así como en su entorno sociofamiliar. Es importante para abordar la enfermedad, ser conscientes de la repercusión que dicho síndrome tiene en las diferentes dimensiones de la persona:

- Alteraciones de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, como consecuencia del deterioro en la capacidad funcional, estado emocional y psicológico, y, por consiguiente, un gran impacto sobre la salud, reflejado en la disminución de la calidad de vida <sup>5</sup>.
- El SFM es una de las enfermedades que más repercusiones laborales conlleva <sup>5</sup>, no tanto por la afectación física, sino por la afectación psicopatológica de dicha enfermedad. Según un estudio realizado en Cataluña <sup>11</sup>, la proporción del número de bajas por incapacidad temporal, así como los días de baja por enfermedad, son de 3 a 4 veces superiores, en comparación a la duración y frecuencia de las bajas laborales por otras enfermedades crónicas <sup>5,11</sup>.

Así mismo, en dicho estudio se refleja que en torno al 30% de las personas estudiadas, reciben una pensión por incapacidad permanente antes de los 65 años <sup>11</sup>. A todo ello, se le añade el impacto económico que esta entidad clínica conlleva.

- El impacto social deriva de la fractura de roles, en el hogar o lugar de trabajo, responsabilidades o hábitos, que dificulta la aceptación de la misma y puede verse obstaculizada por transgresiones <sup>4</sup>. Éstas consisten en recaídas producidas por los sobreesfuerzos realizados por el paciente, en aquellos momentos en los que los síntomas están disminuidos. Ante esta situación, es imprescindible transmitirles que deben aprender a decir “no”, y reconocer que en ocasiones tendrán que pedir ayuda <sup>4</sup>. No obstante, esto supone un gran esfuerzo para la persona, como consecuencia del desconocimiento de su problema de salud por parte de su entorno. Se trata de una enfermedad que genera mucha incompreensión, ya que sus síntomas principales no son evidentes, de forma que muchos pacientes que la padecen, evitan dar explicaciones acerca de la patología para eludir la sensación de rechazo. Como consecuencia, el aislamiento social se encuentra muy presente en su vida. Por ello, es importante la existencia de asociaciones centradas en la enfermedad en concreto, ya que son lugares de encuentro entre iguales, donde hallan el apoyo y las herramientas necesarias para manejar de forma adecuada la problemática en sus diferentes ámbitos <sup>4</sup>.
- También es importante tener en cuenta, el impacto que la FM tiene en la relación entre el paciente y el profesional sanitario. Dicha relación, puede verse deteriorada por motivos de descontento detectados por parte de los pacientes como: la falta de credibilidad por parte del profesional, la atención fragmentada con múltiples derivaciones a especialistas diferentes, la escasa formación de los profesionales percibida por los usuarios y las abundantes derivaciones a psiquiatría <sup>4</sup>. Mientras tanto, aparece demandada la importancia de la escucha activa y la comunicación eficaz, empatía y cercanía en estos profesionales <sup>12</sup>.

Por consiguiente, la gran afectación que genera este síndrome en los diferentes ámbitos de los pacientes, justifica la importancia de un diagnóstico temprano que, de nombre a esta vivencia, convirtiéndola en una enfermedad real alejada de la imaginación <sup>4</sup>.

El tratamiento del SFM, requiere de un enfoque multidisciplinar para que sea lo más holístico posible, con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes, e individualizado, debido a la variedad de los síntomas. Aunque no existe un tratamiento 100% eficaz contra el SFM, el objetivo que persigue es la mejora de los síntomas de la enfermedad, así, como en evitar el agravamiento de los mismos, disminuir el dolor, mejorar la funcionalidad y desarrollar habilidades para el afrontamiento de la enfermedad <sup>6</sup>. De esta manera, se encuentran disponibles en el cuadro 4 las siguientes terapias farmacológicas y no farmacológicas <sup>8</sup>.

**Cuadro 4. Tratamiento de la FM.**

	TIPO	DESCRIPCIÓN
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.	Antidepresivos tricíclicos (ADT)	Siendo el fármaco de elección la amitriptilina. No obstante, es necesaria la monitorización de la posible aparición de efectos secundarios. En caso de fracaso, intolerancia o interacciones, se recomienda la administración de inhibidores selectivos de la serotonina y de la noradrenalina así como anticonvulsionantes.
	Relajantes musculares	Presentan una limitada efectividad con respecto a este síndrome, así como la posible interacción con la prescripción del ejercicio físico.
	Opioides	De administración limitada, siendo el tramadol el de elección. Sin embargo, la administración de este grupo de fármacos debe ser a corto plazo ya que el balance riesgo-beneficio puede estar comprometido.
	En líneas generales, el tratamiento farmacológico del SFM se recomienda en periodos en los que existe dificultad para controlar los síntomas, siendo necesario retirarlo en cuanto sea viable.	



	TIPO	DESCRIPCIÓN
TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO	Educación	Mejora el manejo de los síntomas. En este caso, los profesionales deben estar capacitados para invertir tiempo a explicar a los pacientes en qué consiste la enfermedad, su pronóstico y tratamiento de manera que, la persona sea más consciente sobre la enfermedad y mejore el afrontamiento hacia la misma.
	Terapia conductual	Permite la disminución de la percepción de dolor, estrés y ansiedad.
	Ejercicio físico	Conlleva a la disminución del dolor, siempre que no sea ejercicio intenso, y obtiene unos resultados incluso mayores que el tratamiento farmacológico.
	Otros	Acupuntura, que disminuye el dolor y mejora los niveles séricos de serotonina, yoga y Tai chi.
	Este tipo de terapias, repercute en la disminución de los síntomas y la mejora en la calidad de vida de los pacientes, ya que sus efectos negativos son escasos y pueden mantenerse en el tiempo. No obstante, su principal desventaja, con respecto al tratamiento farmacológico, es la necesidad de invertir más esfuerzo y tiempo por parte del individuo, por lo que la adherencia al tratamiento puede verse afectada.	

*Fuente:* Elaboración propia, tomado de: <sup>8</sup>Guzmán-Silahúa S, et al. <sup>13</sup>Guzmán-Silahúa S, et al. <sup>16</sup> Geneen LJ, Moore RA, Clarke C, Martin D, Colvin LA, Smith BH.

Como se ha mencionado previamente, la actividad física resulta ser uno de los tratamientos más efectivos en la clínica de la enfermedad, previniendo de la disfunción motora y mejorando el desarrollo de la fuerza, resistencia, flexibilidad y capacidad para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria (ABDV) <sup>2</sup>. La OMS define la actividad física como *“cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía”* <sup>14</sup>. Ésta, en general, es recomendable para llevar un estilo de vida saludable <sup>15</sup>, sin embargo, los síntomas físicos de este síndrome crean mayores dificultades a la hora de practicarlo <sup>16</sup>.

El SFM comienza con dolor muscular, y ante este síntoma el cuerpo como mecanismo de defensa disminuye la actividad física y puede llegar a la inmovilización, con las siguientes consecuencias:

- Atrofia muscular <sup>17</sup>.
- Debilidad de los músculos respiratorios, y, agravamiento de la disnea y la fatiga <sup>18</sup>.
- Alteraciones microvasculares que acaban por producir disfunciones en la capa que recubre los vasos sanguíneos <sup>19</sup>.

Dentro de la actividad física, los ejercicios más recomendados en la fibromialgia son la combinación entre ejercicios físicos de baja intensidad vs. de intensidad moderada <sup>20</sup>, ejercicio aeróbico acuático <sup>20</sup> y ejercicio aeróbico de bajo impacto que implique la aplicación de fuerza muscular <sup>17</sup>.

- **Ejercicio físico de baja intensidad vs. de intensidad moderada.** El ejercicio aeróbico de intensidad moderada, resulta ser una de las terapias de elección para el tratamiento de la fibromialgia. No obstante, aquellas actividades de baja intensidad de tipo mente - cuerpo como el Tai Chí <sup>21</sup>, pueden reducir los síntomas más severos en comparación con el ejercicio aeróbico de moderada intensidad <sup>21</sup>, así como el Yoga, descrito por los propios pacientes como una oportunidad para reforzar el manejo del dolor con el ejercicio <sup>22</sup>.
- **Ejercicio aeróbico acuático.** Las propiedades del agua permiten mejorar el tono muscular, así como reducir el impacto en las articulaciones y la presencia de contracturas, mejorar la microcirculación, reduciendo los síntomas como el dolor y la ansiedad <sup>23</sup>. La aplicación de agua templada para esta actividad, supone un alivio inmediato del dolor y rigidez muscular <sup>20</sup>. La ausencia de fuerza gravitacional, permite realizar la misma carga de ejercicio con menos esfuerzo <sup>24</sup>.

- **Ejercicio aeróbico de bajo impacto que implique la aplicación de fuerza muscular.** De entre este tipo de actividades, se destaca la danza o el baile. Aporta numerosos beneficios como la mejora en el dolor, la ansiedad y la calidad de vida <sup>20</sup>, tiene acción vasodilatadora actuando como analgésico, y aumenta la secreción de endorfinas y el aporte de Oxígeno (O<sub>2</sub>) a los músculos <sup>22</sup>. Estudios demuestran que el uso conjunto de música con ejercicio aeróbico, proporciona mayores beneficios que si se realizan por separado <sup>25</sup>, siendo muy recomendado, ya que permite la combinación de habilidades físicas y cognitivas. Se trata de una terapéutica que puede resultar dinámica e interactiva, <sup>20</sup> aumentando las posibilidades de disfrute de la actividad física, y, por tanto, una mejora en la adherencia terapéutica de la misma <sup>26</sup>.

Además de estos beneficios, la actividad física puede evitar que se produzca el ciclo de desacondicionamiento, que consiste en la retroalimentación positiva entre el dolor y la inmovilización. La inactividad habitual conlleva a la debilidad muscular y a la aparición de microtraumas que darán lugar a mayor dolor y rigidez. Esto fomentará una mayor inactividad de manera directa e indirecta, ya que el dolor afecta a la calidad del sueño produciendo mayor fatiga, y, por tanto, mayor dificultad para la realización de actividad física <sup>24</sup>.

En relación con la adherencia a este tipo de terapia, se recomienda comenzar con ejercicios sencillos de baja intensidad, para mejorar la autoconfianza de los individuos, ya que la consecución de los objetivos propuestos favorece la motivación para continuar realizando dicha actividad <sup>20</sup>. Los efectos de este tratamiento no farmacológico se mantienen en el tiempo, ya que implica una modificación en el estilo de vida de los pacientes, que incluye un aumento en la actividad física y la participación social <sup>24</sup>.

Otros estudios demuestran que la realización de ejercicio en grupo favorece la constancia en la práctica del mismo <sup>22</sup>. Así mismo, proporciona un lugar de encuentro entre iguales donde se sienten identificadas y apoyadas <sup>6</sup>, disminuyendo las posibilidades de aislamiento social que, en muchas ocasiones, afecta a esta población <sup>1</sup>.

Sin embargo, la actividad física produce respuestas individuales diferentes, incluso pudiendo causar más dolor en algunos casos. Por este motivo, es importante el diseño de programas de actividad física individualizados, teniendo en cuenta las limitaciones y necesidades de cada persona para conseguir el mayor beneficio posible <sup>20</sup>.

En relación a esta atención individualizada, se resalta la importancia de la capacidad de los profesionales, en este caso de las enfermeras\*, para proporcionar unos cuidados centrados en las necesidades de cada paciente, que fomenten la adaptación a la enfermedad y su manejo.

En este contexto puede destacar el concepto de la Educación para la salud (EpS), entendido como un *“proceso que proporciona a las personas los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y con ello mejorarla”* <sup>27</sup>, y que, además supone una fuente de apoyo eficaz, mejorando la relación y la adherencia terapéuticas.

La EpS se reconoce por primera vez en Ottawa en 1986, y según la OMS, proporciona una serie de conocimientos, habilidades y destrezas a la población, para la promoción de la salud<sup>27</sup>. De esta manera, los individuos son más conscientes de la realidad y su entorno, y pueden adecuar sus comportamientos.

Prevía a la realización de este programa, es necesario conocer en qué momento personal se encuentra cada individuo frente a este proceso de aprendizaje. Prochaska y Diclemente, plantean 5 etapas <sup>27</sup>:

1. Precontemplación: no existe intención de cambio en un futuro cercano. No hay conciencia de enfermedad.
2. Contemplación: hay conciencia de enfermedad, pero no hay planteamiento de la acción.
3. Preparación: se realizan los primeros cambios.
4. Acción: se ponen en marcha acciones para modificar comportamientos.
5. Mantenimiento: se consolidan dichas acciones.

En la EpS no solo se trata de aportar información, sino de programar sesiones individuales o grupales en la que se lleven a cabo diferentes técnicas educativas (técnicas de encuentro, de investigación, expositivas, análisis y de desarrollo de habilidades) <sup>27</sup>.

## **JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO**

El fomento de la actividad física como tratamiento no farmacológico en este tipo de síndromes cada vez es mayor. De ahí, surge la necesidad de proporcionar una base de conocimientos y actitudes acerca del gran abanico de posibilidades para ponerlo en práctica, dando la opción de escoger el que más se adapte a las necesidades de cada uno. De esta manera, la Eps funcionaría como una captación y toma de contacto para realizar una posterior derivación a los especialistas pertinentes (profesionales del deporte, osteópatas, etc.) con el fin de llevar a cabo un tratamiento individualizado.

La educación y promoción de la salud forma parte de las competencias enfermeras, sin embargo, en relación con la fibromialgia, la literatura sobre el papel de las mismas resulta escasa. Estudios recientes muestran como gran parte de los pacientes demandan más conocimientos y apoyo por parte de estos profesionales. Por este motivo, en este trabajo se pretende aportar una nueva herramienta de actuación desde la profesión enfermera.

En este sentido, resulta de gran importancia no sólo trabajar en la promoción de la adaptación del paciente a su condición, sino en conocer cómo evoluciona la enfermedad, los síntomas que produce y las consecuencias que tiene en el estilo de vida <sup>6</sup>. Todo ello desde una relación terapéutica basada en la negociación y la comprensión, para que ésta resulte eficaz <sup>4</sup>.

La falta de información descrita, por parte de los profesionales sanitarios, invita a la mayoría de los pacientes a acudir a asociaciones donde buscar otras alternativas, con el fin de suplir sus necesidades. Por este motivo, este tipo de programas son escasos desde Atención Primaria (AP) y es posible que exista una mayor distancia en la relación enfermera - paciente.

En consecuencia, abordar este proyecto desde una asociación de pacientes, como es la Asociación De fibromialgia de la Comunidad de Madrid (Afibrom); nos permite la captación de un mayor grupo de población para poder, de forma más sencilla, abrir una nueva vía de comunicación entre la enfermera\* y las personas que padecen de fibromialgia.

Afibrom, situada en el barrio de Prosperidad, fue creada en 1997 con el fin de promover la investigación del SFM, y proporcionar un tratamiento que sea eficaz, para que las personas que la padezcan mejoren su calidad de vida y se vean integradas en todos los ámbitos sociales<sup>28</sup>.

En cuanto al rango de edad mayoritario, encontramos el de entre los 16 y 64 años (23.420 personas) <sup>28</sup>. Por otro lado, se destaca la mayor prevalencia de población femenina (20.220) <sup>28</sup> frente a la masculina (16.302) <sup>28</sup> de dicho barrio. Dentro de la población femenina, los rangos de edad más frecuentes son de los 30 a los 59 años <sup>28</sup>, rango que también coincide con la población normalmente afectada por la fibromialgia. Este programa se impartirá en una sala ubicada en la asociación que cuenta con varias sillas, una pizarra con caballete y espacio suficiente para llevar a cabo las sesiones.



*Fuente: Elaboración propia tomada de: <sup>28</sup> Ayuntamiento de Madrid [Internet].*

De esta manera, el **objetivo del trabajo** consistirá en proporcionar conocimientos a las mujeres acerca de la fibromialgia y los beneficios que la actividad física conlleva en dicha patología, a través de la elaboración de un programa de Educación para la Salud.

#### 4. METODOLOGÍA

- **Población diana.**

Este programa de Eps, está dirigido a mujeres con edades comprendidas entre 30 y 50 años que padecen SFM.

- **Captación y criterios de inclusión.**

La captación se realizará a través de folletos y carteles informativos, disponibles en Afibrom, e incluirán información acerca de la localización, horarios, duración y número de sesiones. (**Anexo 3**)

Criterios de Inclusión	Criterios de exclusión
Ser mujer.	Mujeres que no tengan un conocimiento adecuado del idioma castellano para su comprensión y expresión en el mismo.
Edad comprendida entre 30-50 años.	Mujeres con otras enfermedades asociadas que dificulte la práctica de ejercicio.
Diagnóstico de SFM.	Mujeres con dificultad en la interacción y participación en equipo o grupo.

*Fuente: Elaboración propia*

- **Objetivos del programa.**

Objetivo General:

Proporcionar conocimientos a las mujeres con fibromialgia sobre la enfermedad y los beneficios que la actividad física conlleva, mediante la elaboración de un programa de Educación para la Salud.

Objetivos específicos:

<b><u>Área de Conocimientos</u></b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Clarificar conceptos sobre la enfermedad.</li><li>● Reconocer los beneficios de la actividad física en fibromialgia y comentar los ejercicios más recomendados.</li><li>● Identificar diferentes apoyos (profesionales sanitarios, terapias, asociaciones, etc) de los que disponen.</li></ul>
<b><u>Área de Actitudes</u></b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Compartir experiencias previas sobre el SFM.</li><li>● Analizar las dificultades que han sufrido durante el proceso de la fibromialgia.</li><li>● Fomentar el cambio en el estilo de vida para el manejo de la enfermedad.</li></ul>
<b><u>Área de Habilidades</u></b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Desarrollar pautas de cambio para actividades básicas de la vida diaria que mejoren el curso del SFM.</li><li>● Realizar sesiones individuales para trabajar la concienciación en las distintas terapias no farmacológicas.</li><li>● Conocer el papel de la enfermería en dicha patología.</li><li>● Desarrollar sesiones grupales con el fin de sentirse más identificadas y evitar el aislamiento social.</li></ul>

*Fuente: Elaboración propia*

● **Cronograma:**

- ❖ **Número de sesiones:** Esta Eps contará con un total de 6 sesiones que se realizarán con una periodicidad de una sesión por semana, con el objetivo de obtener la mayor asistencia posible a las mismas.
- ❖ **Duración de las sesiones:** Las sesiones tendrán una duración de entre 30-60 minutos, dependiendo del contenido de cada una de ellas.



- ❖ **Temporalización:** El programa será impartido los miércoles de cada semana a las 18:00 horas, ajustándose a las actividades previamente programadas por la asociación.
  - ❖ **Lugar:** El programa de Educación para la Salud en actividad física para mujeres con fibromialgia, se realizará en la Asociación de fibromialgia de la Comunidad de Madrid.
  - ❖ **Número de participantes:** Para la elaboración del proyecto se cuenta con la participación de 10 mujeres con SFM.
  - ❖ **Docentes:** Cada sesión será impartida por 2 enfermeras\* tituladas.
- Sesiones:

## **SESIÓN 1: ¿QUÉ SABES DE LA FIBROMIALGIA?**

OBJETIVOS	CONTENIDO	TÉCNICA	RECURSOS	GRUPO	TIEMPO
Clarificar conceptos sobre la enfermedad.  Compartir experiencias previas sobre el SFM.	Presentación del proyecto y del grupo (presentación personal).	Técnicas de acogida <sup>27</sup> : un nombre y un motivo.	Cartulina, rotuladores, pizarra de caballete, cesta o caja, folios, bolígrafos.	<b>GC</b>	20 min
	¿Qué esperáis de este grupo?	Técnicas de análisis <sup>27</sup> : reflexión sobre papel.			10 min
	¿Qué sabemos de la fibromialgia?	Lluvia de ideas <sup>29</sup> .			20 min
	Cierre de la sesión.	Resumir puntos importantes.			10 min

### **GC: Grupo completo.**

La primera sesión se iniciará con la presentación del proyecto y de los miembros que conformen el grupo: cada uno en una cartulina pondrá su nombre y será compartido con el resto, junto con una breve exposición de su experiencia y un motivo por el que han decidido formar parte de este proyecto.

A continuación, para conocer las expectativas sobre el programa, cada miembro apuntará sobre un folio lo que espera obtener al final del mismo. Todos los folios serán anónimos y se recogerán en una cesta, para su puesta en común al final de la EpS.

Para organizar y clarificar los conceptos sobre la enfermedad, se realizará una lluvia de ideas. Cada una de ellas se escribirá en la pizarra, de forma que entre todas se elabore una definición del concepto de enfermedad, así como los puntos clave de la misma (principales síntomas, diagnóstico, tratamiento, etc.).

Para finalizar la sesión y relacionar el contenido adquirido, se propondrá que cada una de las participantes, incluyendo a las docentes, resuma en una palabra o breve frase lo que para ellas ha sido la clave de la sesión.

## **SESIÓN 2: DESMINTIENDO MITOS Y REFORZANDO REALIDADES.**

OBJETIVOS	CONTENIDO	TÉCNICA	RECURSOS	GRUPO	TIEMPO
Clarificar conceptos sobre la enfermedad.  Analizar las dificultades que han sufrido durante el proceso de la fibromialgia.  Identificar diferentes apoyos (profesionales sanitarios, terapias, asociaciones, etc.) de los que disponen.	Mitos y realidades. “Y a ti, ¿qué te ha pasado?”	Juego: Time’s up.	Cartulina, rotuladores, bolígrafos, cesta o caja, folios, folletos explicativos.	<b>GC</b>	25 min
	¿Sabemos dónde encontrar apoyo?	Lluvia de ideas <sup>29</sup> + técnicas de información - exposición <sup>30</sup> .			25 min
	Cierre de la sesión.	Resumir puntos importantes.			10 min

### **GC: Grupo completo**

La segunda sesión se iniciará con una breve explicación sobre los temas a tratar en la misma. A través de un juego que se llamará “**Time’s Up**”, cada una de las participantes, incluidas las docentes del programa, escribirán en una cartulina un mito y una realidad sobre cualquier aspecto de la enfermedad. Estas cartulinas se guardarán en una cesta, y de forma aleatoria, se irán sacando con el propósito de adivinar si es un mito o una realidad. Esta actividad permitirá un espacio para la reflexión y la aportación de experiencias personales. La segunda parte de la sesión, consistirá en el análisis de los diferentes recursos y apoyos de los que disponen. Se iniciará a partir de una lluvia de ideas, y finalizará con una breve exposición de los conceptos y la entrega de folletos explicativos, en los que aparezca información sobre los recursos comentados (**Anexo 4**).

El cierre de la sesión se realizará de igual manera que en la primera sesión.

### **SESIÓN 3: “QUE NADIE DERRUMBE A LA VIEJA COSTUMBRE”.**

OBJETIVOS	CONTENIDO	TÉCNICA	RECURSOS	GRUPO	TIEMPO
Reconocer los beneficios de la actividad física en fibromialgia y comentar los ejercicios más recomendados.	<b>Actividad física y ejercicio:</b> ¿En qué consisten? ¿Qué beneficios tienen en la FM? ¿Cuáles se recomiendan?	Técnica de exposición audiovisual. 31	Pizarra, proyector o pantalla, vídeo, folios, bolígrafos.	<b>GC</b>	<b>25 min</b>
Fomentar el cambio en el estilo de vida para el manejo de la enfermedad.	De la reflexión al cambio.	Análisis y reflexión: Desarrollo de un caso. 32,33		<b>GP</b>	<b>25 min</b>
	Cierre de la sesión.	Análisis de los puntos más importantes.		<b>GC</b>	<b>10 min</b>

**GC: Grupo completo**

**GP: Grupo pequeño (3-4 personas por grupo)**

La tercera sesión comenzará con la exposición de un vídeo explicativo (**Anexo 5**) sobre la actividad física, sus beneficios para la enfermedad, así como los más recomendados. Tras éste, se realizará una breve reflexión sobre su contenido, resumiendo, con la ayuda de la pizarra y del grupo completo, los puntos más importantes. De esta manera, y enlazando con la actividad anterior, se introducirá el desarrollo de un caso sobre una persona con fibromialgia, que invite a las participantes, en pequeños grupos, a la reflexión sobre posibles motivos o razones por las que practicar actividad física y adquirir este nuevo hábito mejorando el manejo de los síntomas. Posteriormente, los resultados de ésta, se compartirán con el resto del grupo.

El cierre de la sesión se realizará de la misma manera que en las anteriores.

#### **SESIÓN 4: PUESTA EN MARCHA.**

OBJETIVOS	CONTENIDO	TÉCNICA	RECURSOS	GRUPO	TIEMPO
Fomentar el cambio en el estilo de vida para el manejo de la enfermedad.	Evaluar y analizar estilos de vida y propuestas de cambio.	Técnicas reflexivas <sup>31</sup> : cuestionario + juego de la pelota <sup>34</sup>	Folios, bolígrafos, pelota, pizarra, ordenador, proyector, sillas, documento de compromiso.	<b>I, GC</b>	<b>20 minutos</b>
Desarrollar pautas de cambio para actividades básicas de la vida diaria que mejoren el curso del SFM.	Programas de ejercicio disponibles.	Reunión de expertos <sup>31</sup> : exposición de profesionales del deporte.		<b>GC</b>	<b>25 minutos</b>
Identificar diferentes apoyos (profesionales sanitarios, terapias, asociaciones, etc) de los que disponen.	Cierre de la sesión.	Técnica de reflexión y análisis de contenidos: “La pecera” <sup>34</sup>		<b>GC</b>	<b>15 minutos</b>

**GC: Grupo Completo. I: Individual**

La sesión comenzará, en primer lugar, con una reflexión individual acerca de los estilos de vida de cada una. Para ello, se entregará a cada una de las participantes un breve cuestionario disponible en el **Anexo 7**, que permita analizar los aspectos a reforzar y mejorar. A continuación, se propondrán nuevas estrategias de cambio a través del juego de “la pelota”: entre las participantes se pasarán una pelota, de tal manera que la receptora de la misma, planteará una o más estrategias de cambio y lanzará la pelota a otra compañera para que haga lo mismo.

A la hora de explicar los programas de ejercicios disponibles, una vez sea cerrada la actividad anterior, serán invitados los profesionales del deporte que trabajan en Afibrom. Éstos llevan a cabo, dentro de la asociación un programa personalizado sobre ejercicio físico en fibromialgia, de modo que realizarán una breve exposición sobre el proyecto, aportando información sobre los beneficios detectados y las actividades que se realizan.

Finalmente, para el cierre de la sesión y puesta en común de los contenidos de la misma, se reunirá al grupo completo formando un círculo con las sillas, de forma que puedan verse cara a cara todas. A través de un “documento de compromiso” (**Anexo 6**), cada una de las mujeres del grupo se comprometerá a cumplir una serie de objetivos reales, que coincidan con cambios en el estilo de vida y estén relacionados con lo explicado en la sesión. Los documentos se guardarán dentro de una caja, de forma que al finalizar la EpS se pongan en común. Además, se anunciará la realización de una merienda saludable en la siguiente sesión, por lo que deberán traer un postre cada una.

## **SESIÓN 5: “Y AHORA YA SABES QUE PUEDES CONTAR CONMIGO”.**

OBJETIVOS	CONTENIDO	TÉCNICA	RECURSOS	GRUPO	TIEMPO
Desarrollar sesiones grupales con el fin de sentirse más identificadas y evitar el aislamiento social. Conocer el papel de la enfermería en dicha patología.	Planificación de actividad grupal.	“Doodle” + Diagrama de Gannt <sup>29</sup> (calendario).	Pantalla, móvil, WiFi, Calendarios, cubiertos, vasos y platos de papel.	<b>I, GC</b>	<b>15 minutos</b>
	La enfermería en fibromialgia.	Lluvia de ideas <sup>29</sup> + técnicas información - exposición <sup>30</sup> .		<b>GC</b>	<b>20 minutos</b>
	Cierre de la sesión.	“Mi merienda saludable”.		<b>GC</b>	<b>20 minutos</b>

**GC: Grupo Completo. I: Individual**

Para fomentar la realización de actividades en grupo, en esta última sesión se planteará a las participantes la planificación de una reunión informal. A través de un Doodle, el cual consiste en una pequeña encuesta online, se elegirá un día de cada quincena para llevar a cabo dichas reuniones. De esta manera, se asegura el mantenimiento del contacto de las mujeres tras la finalización de la EpS y mayores posibilidades de éxito del documento de compromiso. Una vez elegido el día, se les hará entrega de un calendario, disponible en el **Anexo 8**, y entre todas se marcarán los días propuestos.

A continuación, se desarrollará una lluvia de ideas para conocer el grado de conocimiento del grupo acerca de la actividad enfermera en la fibromialgia. Posteriormente se proyectará una presentación de powerpoint (**Anexo 9**) en la que se explique el papel de la misma, de manera que sirva también como una fuente de apoyo durante el proceso.

El cierre de la sesión se llevará a cabo con “mi merienda saludable”. Al final de la sesión anterior, se les anunciará esta idea para que cada una traiga una merienda saludable, teniendo en cuenta los contenidos impartidos en sesiones anteriores, y sirva como reflexión y asentamiento de los conocimientos adquiridos con la EpS.



- **Evaluación.**

La evaluación en un programa de Educación para la Salud, permite conocer el grado de consecución de los objetivos y la detección de necesidades <sup>35</sup>, adecuando éste, al progreso en el aprendizaje de las participantes <sup>27</sup>. Se lleva a cabo desde el comienzo del proyecto con el fin de conocer la situación actual, y se continúa con la evaluación de cada sesión hasta la finalización de las mismas <sup>35</sup>. Para realizar este proceso, se tendrán en cuenta los siguientes parámetros recogidos en el **cuadro 5**.

PARÁMETROS	CONTENIDO
¿Quién evalúa?	Todos los involucrados en el proyecto de EpS.
¿Qué se evalúa?	Los resultados, el proceso y la estructura.
¿Cuándo se evalúa?	Al final de cada sesión y al final de la EpS.
¿Cómo se evalúa?	A partir de la observación sistemática en cada sesión y con un cuestionario al final de la EpS.

*Fuente: Elaboración propia tomado de: <sup>36</sup> Pérez MJ, Echauri M, Ancizu E, Chocarro J. <sup>27</sup> Riquelme Pérez M*

La evaluación se realizará, en primer lugar, a partir de la observación sistemática en cada sesión, por parte de las docentes y un observador externo. Para ello, se empleará una plantilla disponible en el **Anexo 10**.

Al final de la EpS, se entregará un cuestionario a las participantes (**Anexo 11**) con el fin de conocer el grado de satisfacción por parte de las mismas, así como los aspectos a mejorar. Una vez completado dicho cuestionario, se compararán los objetivos logrados con las expectativas recogidas por escrito en la sesión 1.

Tras un mes desde la última sesión, se convocará una reunión entre las participantes para valorar el estado de compromiso realizado, así mismo dicha sesión servirá como un punto de visión externa en el proceso de evaluación del programa de educación para la salud. De esta manera:

## **SESIÓN 6: “REUNIÓN DE ANTIGUAS COMPAÑERAS”.**

OBJETIVOS	CONTENIDO	TÉCNICA	RECURSOS	GRUPO	TIEMPO
<p>Desarrollar sesiones grupales con el fin de sentirse más identificadas y evitar el aislamiento social.</p> <p>Realizar sesiones individuales para trabajar la concienciación en las distintas terapias no farmacológicas.</p>	Evaluación de compromiso.	Revisión de “documento de compromiso” y compartir experiencias.	Documento de compromiso y diplomas.	GC	25 minutos
	Espacio para reforzar.	Reflexión y análisis <sup>32,27,30</sup> .		GC	25 minutos
	Cierre de la sesión.	Entrega de diplomas.		GC	10 minutos

### **GC: Grupo Completo.**

Se comenzará repartiendo a cada una de las participantes los “documentos de compromiso” que en la sesión número 4 realizaron, con el fin de analizar si se ha puesto en marcha, y abrir un espacio para que cada una cuente su experiencia a lo largo del proceso. Así mismo, se aprovechará esta última sesión para reforzar conceptos y aclarar dudas que hayan surgido.

Finalmente, se hará entrega de un diploma (**Anexo 12**) de participación en la EpS y que sirva también, como recordatorio de dicha experiencia.

## 5. CONCLUSIONES

La Educación para la Salud se considera una herramienta en el aprendizaje de nuevos hábitos saludables, que empodera a las personas en la gestión de su propia salud. Los profesionales de enfermería\*\*, cuentan con los conocimientos y habilidades necesarias, para ponerla en práctica. En este caso, además de la enseñanza, se trata de una herramienta de captación y derivación a otros profesionales, que permita el tratamiento multidisciplinar que requiere esta enfermedad.

Con respecto a las limitaciones y dificultades planteadas a la hora de llevar a cabo este programa de EpS, se elabora el siguiente DAFO:

DEBILIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"><li>- Epidemiología.</li><li>- Falta de experiencia por parte de los docentes.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Actitud y compromiso de las participantes.</li><li>- Desconocimiento.</li></ul>
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"><li>- Promoción del estilo de vida saludable.</li><li>- Refuerzo en la creación de nuevas relaciones sociales.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Mejora en el cuidado de los pacientes.</li><li>- Visibilización de nuestra profesión.</li></ul>

*Fuente: Elaboración propia*

En relación a las debilidades, destaca la epidemiología, entendida como la dificultad de establecer una incidencia exacta de la enfermedad, ya que el diagnóstico de muchos pacientes suele ser tardío, así como también el estigma que conlleva la enfermedad. Por otro lado, es importante tener en cuenta, la falta de experiencia por parte de los docentes a la hora de realizar un proyecto con este tipo de población en términos de comunicación, redirigir el discurso principal, dinámicas de grupo, etc.

En cuanto a las amenazas, cabe destacar la actitud y compromiso de las participantes en el programa, ya que depende de su cambiante salud autopercebida. Además, el desconocimiento de la enfermedad hace más complicado el curso de la EpS.

Entre las fortalezas, se encuentra la promoción de hábitos más saludables, que permitan la mejora en la calidad de vida de cada paciente, y el fomento de la instauración de relaciones entre iguales, que permitan una mejor adherencia terapéutica.

El déficit de conocimientos sobre el síndrome de fibromialgia motiva su falta de visibilidad, así como la aparición de obstáculos en la aplicación de una adecuada atención sanitaria: diagnósticos tardíos, deterioro de la relación terapéutica... Dentro de esta atención, se incluye la de las enfermeras\* como figura de apoyo y defensora del paciente, siendo el recurso que facilite el empoderamiento en el autocuidado y adaptación de su condición a la vida diaria.

Finalmente, se destaca la importancia de la EpS como herramienta enfermera para mejorar los conocimientos de la enfermedad y de los recursos disponibles. Así mismo, las pacientes con fibromialgia no solo tienen la oportunidad de mejorar su calidad de vida, sino de localizar una fuente de apoyo: el profesional de enfermería\*\*. Por tanto, con este programa no solo se logra incrementar la calidad de la atención sanitaria prestada, sino también, la visibilidad de la figura de la enfermera\*. Por otro lado, pretende que, a su finalización, las pacientes sean capaces de manejar la enfermedad, conocer sus síntomas y adquirir conocimientos y habilidades que permitan llevar a cabo estilos de vida saludables en relación con la actividad, que mejoren los síntomas y con ellos, su calidad de vida.

## 6. **AGRADECIMIENTOS.**

En primer lugar, queremos agradecer a María Luisa Cid Galán, por su paciencia, disposición, y cuidado a la hora de trabajar con nosotras. Gracias a todo su interés por reforzar y corregir cada pequeño avance que hemos ido haciendo, con el fin de obtener el mejor resultado posible con respecto a nuestro trabajo.

Por otro lado, agradecer a Luisa Fernanda Panadero Gómez, presidenta de Afibrom, por toda su dedicación, aclarándonos información y ofreciéndonos una perspectiva real desde la que poder enfocar el programa.

Finalmente, a nuestra familia y amigos, por todo el apoyo y confianza que han depositado en nosotras durante este proceso, siendo el respaldo y el empujón necesarios que nos han permitido llegar hasta aquí.

## 7. **BIBLIOGRAFÍA**

1. López Espino M, Mingote Adán JC. *Fibromialgia*. Clínica y Salud, 2008; 19 (3): 343-358. <https://bit.ly/2FaDVMr>
2. Sosa Reina MD, Nunez - Nagy S, Gallego - Izquierdo T, Pecos - Martín D, Montserrat J, Álvarez - Mon M. *Effectiveness of Therapeutic exercise in Fibromyalgia Syndrome. A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials*. Bio Med Res Int, 2017; vol. 2017, Article ID 2356346, 14 pages, 2017. <https://doi.org/10.1155/2017/2356346>.
3. Cabo - Meseguer A, Cerdá - Olmedo G, Trillo-Mata JL. *Fibromyalgia: Prevalence epidemiologic profiles and economic costs*. Med Clin, 2017, 149 (10): 441-448. DOI: [10.1016/j.medcli.2017.06.008](https://doi.org/10.1016/j.medcli.2017.06.008)
4. Carrasco Acosta MC, Jimenez Madariaga C. *Percepciones de la Fibromialgia: Estrategias de autoatención de las enfermeras vs. la (des)atención médica*. Index Enferm, 2015; 24 (1-2 ): 44-48. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100010>.
5. Collado Cruz A, et al. *Fibromialgia* [Internet]. España: Ministerio de sanidad, política social e igualdad; 2011 [2018, consultado el 4 de Enero de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2GX2hL7>
6. Pérez Bernal C, Pérez Bernal M, y García Giménez B. *Fibromialgia: importancia de un diagnóstico precoz, un reto para la enfermería*. En: Gázquez JJ, Molero Mm, Pérez- Fuentes MC, Simón MM, Barragán AB, Martos A. *Perspectivas y análisis de la salud*. España: ASUNIVEP; 2016. p. 77-82.
7. González González J, et al. *Tratamiento sintomático y del dolor en fibromialgia mediante abordaje multidisciplinar desde Atención Primaria*. Reumatol Clin. 2015; 11 (1): p 22-26. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2014.03.005>
8. Guzmán-Silahúa S, et al. *Fibromialgia*. El Residente. 2018;13 (2):62-67. Disponible en: <https://bit.ly/2AyAdIc>
9. Rosselló Aubach L. *¿Qué hay de nuevo en la fibromialgia?*. En: Curto - Montesó P. *Compartir experiencias, combatir el dolor*. 1ª Ed. Tarragona; 2017. p. 13-20

10. Danet Alina, Prieto-Rodríguez María Ángeles, Valcárcel-Cabrera María Carmen, March-Cerdà Joan Carles. *Evaluación de una estrategia formativa entre iguales en fibromialgia: Un análisis de género*. Aquichan. 2016 16( 3): 296-312. . <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2016.16.3.3>.
11. Montes Galdeano, FL. *Comunicación sanitaria con las mujeres afectadas por fibromialgia*. Rev Esp Comun Salud. 2013; 4 (1): 43-53
12. Sicras-Mainar A, et al. *Treating patients with fibromyalgia in primary care settings under routine medical practice: a claim database cost and burden of illness study*. Arthritis Res Ther. 2009; 11(2): R54. doi :[10.1186/ar2673](https://doi.org/10.1186/ar2673)
13. Guzmán-Silahúa S,et al.. *Abordaje clínico de la fibromialgia: síntesis de recomendaciones basadas en la evidencia, una revisión sistemática*. Reumatol Clin. 2016; 12(2):65-71 <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2015.06.001>
14. Organización Mundial de la Salud. *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud: Actividad física* [Internet]. OMS [Internet]. [Consultado el 19 de Enero de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2P8KPXA>
15. González NF, Rivas AD. *Actividad física y ejercicio en la mujer*. Rev Colomb Cardiol. 2018; 25 (1): 125-131. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2017.12.008>
16. Geneen LJ, Moore RA, Clarke C, Martin D, Colvin LA, Smith BH. *Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane reviews*. Cochrane database Syst Rev. 2017; 4 (CD011279).DOI: [10.1002/14651858.CD011279.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD011279.pub2)
17. Arcos-Carmona IM,et al. *Efectos de un programa de ejercicios aeróbicos y técnicas de relajación sobre el estado de ansiedad, calidad del sueño, depresión y calidad de vida en pacientes con fibromialgia: ensayo clínico aleatorizado*. Med Clin (Barc). 2011; 137 (9): 398-401. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.09.045>
18. Tomás-Carus P, et al. *Breathing Exercises Must Be a Real and Effective Intervention to Consider in Women with Fibromyalgia: A Pilot Randomized Controlled Trial*. J Altern Complement Med. 2018; 24 (8): 825-832. DOI: [10.1089/acm.2017.0335](https://doi.org/10.1089/acm.2017.0335)
19. Esen E, Çetin A. *Microvascular functions in patients with fibromyalgia syndrome: effects of physical exercise*. Turk J Phys Med Rehab. 2017; 63(3):215-23. DOI: [10.5606/tftrd.2017.351](https://doi.org/10.5606/tftrd.2017.351)

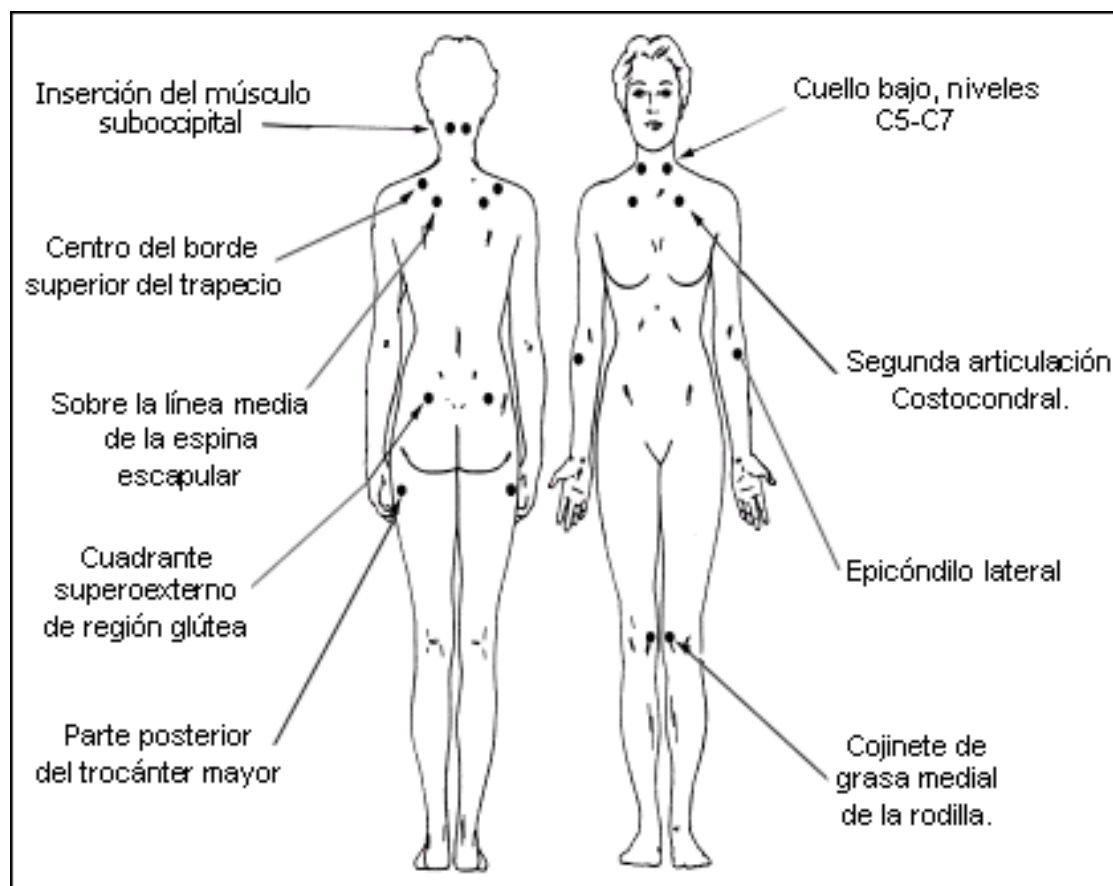
20. ASAFIMA. *Ejercicio físico en Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica*. Vitoria Gasteiz; 2018. 5-8 p.
21. Wang C, et al. *Effect of tai chi versus aerobic exercise for fibromyalgia: comparative effectiveness randomized controlled trial*. BMJ. 2018; 360. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.k851>
22. Fink L, Lewis D. *Exercise as a treatment for Fibromyalgia: A scoping review*. J Nurse Pract. 2017; 13 (8): 546-551. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2017.06.018>
23. Cadenas-Sánchez C, Ruiz-Ruiz J. *Efectos de un programa de actividad física en pacientes con fibromialgia: revisión sistemática*. Med Clin (Barc). 2014; 143 (12): 548-553. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2013.12.010>
24. Sanz E, Crego S, Águila A, Miangolarra JC. *Ejercicio aeróbico e hidrocinésiterapia en el síndrome fibromiálgico*. Fisioterapia. 2005; 27 (3): 152-160. [https://doi.org/10.1016/S0211-5638\(05\)73431-3](https://doi.org/10.1016/S0211-5638(05)73431-3)
25. Espí-López G, Inglés M, Ruescas-Nicolau MA, Moreno-Segura N. *Effect of low - impact aerobic exercise combined with music therapy on patients with fibromyalgia. A pilot study*. Complementary Therapies in Medicine. 2016; 28: 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2016.07.003>
26. Umeda M, Marino C.A, Lee W, Hilliard S.C. *The association between exercise enjoyment and physical activity in women with fibromyalgia*. In J Sports Med. 2014; 35 (12): 1044-1050. DOI:[10.1055/s-0034-1372638](https://doi.org/10.1055/s-0034-1372638)
27. Riquelme Pérez M. *Metodología de educación para la salud*. Rev Pediatr Aten Primaria, 2012; 14 (21):77-82. <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322012000200011>
28. Ayuntamiento de Madrid [Internet]. Subdirección General de Estadística: Explotación estadística del Padrón Municipal de Habitantes [Internet]. 25 Octubre de 2018 [Consultado el 21 de Enero de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2JeTUbp>
29. Dirección General de Ordenación, Innovación y Promoción Educativa. *Dinámicas de grupo* [Internet]. Consejería de Educación, Universidades y Sostenibilidad, Gobierno de Canarias; 2011 [Acceso el 25 de Marzo de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2OQdIVf>



30. Gobierno de Navarra. *Metodología en la educación para la salud* [Internet]. Sección de Promoción de Salud. Instituto de Salud Pública: 2012 [Acceso el 25 de Marzo de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2GIpY7J>
31. Díaz BY, Pérez RJL, Báez PF, Conde MM. *Generalidades sobre la promoción y educación para la salud*. Rev Cubana Med Gen Intreg. 2012; 28 (3): 299-308.
32. Vivas i Elías P. *Técnicas de dinámicas de grupos*. En: Universidad Oberta de Catalunya. *Dinámicas de grupo*. 1º Edición. Barcelona: Eureka Media, SL: 2009. 103-143.
33. Triviño Martínez A, Solano Ruiz MC. *La compleja vivencia de la fibromialgia*. Index Enferm (Gran) 2014; 23(1-2):95-99
34. Dirección General de Ordenación, Innovación y Promoción Educativa. *24 Dinámicas de grupo para trabajar con adolescentes* [Internet]. Consejería de Educación, Universidades y Sostenibilidad, Gobierno de Canarias; 2014 [Acceso el 27 de Marzo de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2IdLu5C>
35. Carballado del Valle MP, Manrique Moreno MC. *Programas de educación para la salud*. McGraw-Hill Interamericana de España S.L. *Promoción de la Salud*. 1º Edición. España; 2011. 58-82.
36. Pérez MJ, Echauri M, Ancizu E, Chocarro J. *Manual de Educación para la Salud*. Pamplona (Navarra, España): Gobierno de Navarra; 2006. Disponible en: <https://bit.ly/2FTIyIB>

## 8. ANEXOS

### Anexo 1. Dieciocho puntos de bajo umbral al dolor a estímulos mecánicos



## Anexo 2. Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia.

### **APÉNDICE 1. Cuestionario español de impacto de la fibromialgia: Spanish FIQ (S-FIQ)**

Para las preguntas 1-3, señale la categoría que mejor describa sus habilidades o sentimientos durante la última semana. Si usted nunca ha realizado alguna actividad de las preguntadas, déjela en blanco.

1. ¿Usted pudo?	Siempre	La mayoría de las veces	Ocasionalmente	Nunca
Ir a comprar	0	1	2	3
Lavar la ropa usando la lavadora y la secadora	0	1	2	3
Preparar la comida	0	1	2	3
Lavar los platos a mano	0	1	2	3
Pasar la aspiradora por la alfombra	0	1	2	3
Hacer las camas	0	1	2	3
Caminar varios centenares de metros	0	1	2	3
Visitar a los amigos o a los parientes	0	1	2	3
Cuidar el jardín	0	1	2	3
Conducir un coche	0	1	2	3
2. De los 7 días de la semana pasada, ¿cuántos se sintió bien?	0 1 2 3 4 5 6 7			
3. ¿Cuántos días de trabajo perdió la semana pasada por su fibromialgia? (si no trabaja fuera de casa, no conteste esta pregunta)	0 1 2 3 4 5 6 7			

Para las preguntas 4-10, marque en la línea el punto que mejor indique cómo se sintió usted la última semana

4. Cuando trabajó, ¿cuánto afectó el dolor u otros síntomas de la fibromialgia a su capacidad para trabajar?
- No tuve problemas Tuve grandes dificultades
- 
5. ¿Hasta qué punto ha sentido dolor?
- No he sentido dolor He sentido un dolor muy intenso
- 
6. ¿Hasta qué punto se ha sentido cansado?
- No me he sentido cansado Me he sentido muy cansado
- 
7. ¿Cómo se ha sentido al levantarse por la mañana?
- Me he despertado descansado Me he despertado muy cansado
- 
8. ¿Hasta qué punto se ha sentido agarrotado?
- No me he sentido agarrotado Me he sentido muy agarrotado
- 
9. Hasta qué punto se ha sentido tenso, nervioso o ansioso?
- No me he sentido nervioso Me he sentido muy nervioso
- 
10. ¿Hasta qué punto se ha sentido deprimido o triste?
- No me he sentido deprimido Me he sentido muy deprimido
-

# EL OBJETIVO ERES TÚ



Programa de Educación para la Salud de Actividad física en Fibromialgia



HABLEMOS DE FIBROMIALGIA



¿DÓNDE?





¿CUÁNDO?



ASOCIACIÓN DE FIBROMIALGIA DE LA  
COMUNIDAD DE MADRID  
C/ Clara del Rey, 4, 28002, Madrid



1 Sesión a la  
semana  
durante 6  
semanas

¡NOS  
ADAPTAMOS A  
TI!



¿Y.. EL HORARIO?

Por las tardes, de  
17:30 a 18:30



¿QUÉ PLAN TENEMOS?





679180159  
639884650

@elobjetivoerestu@gmail.com



- 1- COMPARTIR EXPERIENCIAS
- 2- CONOCER NUESTROS APOYOS
- 3- NUEVOS CAMBIOS
- 4- EMPODERARNOS
- 5- DARNOS A CONOCER
- 6- CREAR UN NUEVO EQUIPO
- 7- FORTALECER NUESTRA BATALLA



# RE...¿QUÉ?.... ¡RECURSOS!

ACÉRCATE QUE TE INFORMAMOS

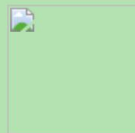


**AFIBROM**

[HTTPS://WWW.AFIBROM.ORG/](https://www.afibrom.org/)

Puedes encontrar servicios como:

- Rehabilitación física
- Psicología
- Paciente experto
- Atención a las familias
- Sociabilización
- Asesoría jurídica



**ESCUELA DE  
PACIENTES**



[HTTPS://WWW.ESCUELADEPACIENTES.ES/TALLERES](https://www.escueladepacientes.es/talleres)



**ESCUELA MADRILEÑA  
DE SALUD**

[HTTP://WWW.COMUNIDAD.MADRID/SERVICIOS/SALUD/ESCUELA-MADRILENA-SALUD](http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/escuela-madrilena-salud)



Puedes encontrar talleres de:

- Mindfullnes
- Meditación
- Vida saludable

¡Y más!

Anexo 5. Video sobre la actividad física y sus beneficios en Fibromialgia

<https://youtu.be/QfzMGh7L8iM>

Anexo 6. Documento de compromiso.

**PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD DE  
ACTIVIDAD FÍSICA EN FIBROMIALGIA**

**DOCUMENTO DE COMPROMISO**

Yo..... ME COMPROMETO A CUMPLIR LOS  
OBJETIVOS PROPUESTOS PARA CONSEGUIR UN ESTILO DE VIDA  
SALUDABLE.

PARA QUE CONSTE, SE EXPIDE EL PRESENTE DOCUMENTO EN:  
..... A ..... DE.....DE.....

FIRMA DE LAS DOCENTES    FIRMA DE LA PARTICIPANTE

C.D.O. MANILA PHIL. AIR MAIL REC'D

## Anexo 7. Cuestionario de evaluación de estilos de vida

Vamos a reflexionar sobre nuestros estilos de vida. Para ello, sigue las siguientes indicaciones:


1. Ponte cómoda y lee con atención.
2. Cada hábito incluye una serie de ítems sobre los que reflexionar. Debes marcar con una cruz la frecuencia con la que lo cumples: siempre, a veces o nunca.
3. Recuerda, no es un examen. Nos interesa esta reflexión para mejorar nuestra calidad de vida, por ello, SE SINCERA contigo misma.

<u>Hábitos</u>		<u>Siempre</u>	<u>A veces</u>	<u>Nunca</u>
Alimentación	Como todos los días al menos 3 raciones de fruta y verdura.			
	Evito los alimentos precocinados y la comida rápida.			
	Evito el exceso de grasas, alimentos hipercalóricos...			
	Realizo al menos 4-5 comidas diarias.			
	Bebo 6-8 vasos de agua al día.			
Sueño	Dedico un periodo de entre 7-8 horas al día para dormir.			
	Duermo siesta o descanso después de comer.			
	Utilizo siempre un mismo espacio para dormir.			
	¿Qué ritual tengo para coger el sueño? <div></div>			


	<u><b>Hábitos</b></u>	<u><b>Siempre</b></u>	<u><b>A veces</b></u>	<u><b>Nunca</b></u>
Actividad física	Realizo al menos 30 minutos diarios de actividad física.			
	Siempre que sea posible, realizo los trayectos andando antes que en transporte.			
	Realizo siempre la compra yendo al supermercado.			
	Suelo pasar más de 7 horas al día sentada o recostada.			
Hábitos tóxicos	Fumo de forma frecuente (más de tres veces a la semana).			
	Bebo alcohol de forma frecuente (más de 3 veces a la semana).			
	Tomo menos de 2 tazas al día de café u otras bebidas estimulantes.			
Manejo del estrés	Pido ayuda cuando la necesito.			
	Soy consciente de mis limitaciones.			
	Realizo las tareas domésticas yo sola.			
	Soy capaz de delegar mis responsabilidades.			
	Conozco personas con la que siento que puedo contar.			




Anexo 8. Calendario



¿CUÁNDO NOS VEMOS?





MES:

MONDAY	TUESDAY	WEDNESDAY	THURSDAY	FRIDAY	SATURDAY	SUNDAY

Turn your dreams into plans

DreamStyle

Anexo 9. Presentación de powerpoint sobre el papel de la enfermera\* en Fibromialgia (<https://prezi.com/view/YI54g3K63mzM6rwo56C/>)

**Contenido de la sesión:**

*Fernández Rodríguez S, Argüelles Otero L. Abordaje del paciente con Fibromialgia en Atención Primaria. RqR Enfermería Comunitaria (Revista SEAPA). 2015 Feb; 3(1): 25-42*

- La asistencia de la enfermera está destinada a mejorar el conocimiento sobre la enfermedad y el aprendizaje de nuevas herramientas que permitan favorecer la calidad de vida del afectado.
- Fomentar la adaptación a la enfermedad.
- Educación sanitaria, con el objetivo de lograr el mayor autocontrol posible.

**¿Cómo?**

1. Desencadenantes del dolor. para conocer mejor el propio dolor, estímulos, características, frecuencia... asistencia en la realización de un diario en el que se registren todas estas características.
2. Nutrición: se recomienda la adquisición de una dieta mediterránea para la mejora de los síntomas. La enfermera, con conocimientos en nutrición, puede dar información y educar en el establecimiento de una dieta saludable.
3. Ámbito laboral: favoreciendo la integración en la vida laboral, facilitando asesoramiento legal y ofreciendo herramientas y estrategias para adaptar su condición a la vida cotidiana.

Así mismo, el apoyo de la enfermera puede lograr:

1. El control del dolor: ¿cómo? apoyo en el manejo del dolor (identificar mejor sus características para conocer el propio dolor), aprendizaje en las diferentes estrategias analgésicas y su uso, enseñanza de técnicas de relajación e instrucción sobre los beneficios de la actividad física y las pautas para su realización.
2. La disminución de la fatiga: a partir de la enseñanza, mencionada anteriormente, sobre la actividad física, y técnicas de organización de actividades y gestión del tiempo.
3. Mejorar el sueño: partiendo del propio patrón del sueño de cada uno y mejorando los hábitos higiénicos del mismo.

4. El control de la ansiedad: con las técnicas de relajación y otras herramientas que puede ofrecer como terapias musicales, grupo de apoyo, enseñanza de la enfermedad...
5. Mejorar el afrontamiento y la adaptación: información, comprensión de la enfermedad, fomento de la implicación familiar, asesoramiento, apoyo emocional, búsqueda y oferta de recursos de apoyo, los grupos de apoyo.
6. Motivar al paciente para fomentar la autogestión de la enfermedad.

**Guión de observación**

1. Objetivos y contenidos:

2. Proceso

¿Se ha cumplido con la forma y tiempos previstos para el programa?

Las técnicas utilizadas ¿han sido útiles, adecuadas al grupo y gestionadas adecuadamente?

Clima:

- Comunicación
- Estilo personal
- Técnicas de Gestión

Participación del grupo

3. Estructura

- Espacio
- Horario
- Materiales

4. Observaciones adicionales:

**Anexo 11. Cuestionario de evaluación de las participantes** <sup>35</sup>

- 1. Marque con una X la puntuación que considere en relación con los siguientes ítems:**

Ítems	Puntuación				
	1	2	3	4	5
¿Cuál es mi opinión general sobre la EpS?					
La utilidad de los temas trabajados me ha resultado.....					
La forma de trabajo me ha parecido....					
Frecuencia y horario de las sesiones					
Duración de las sesiones					
La adaptación a mis necesidades ha sido....					
Utilidad para mi día a día					
Grado de satisfacción					

**1: Muy mala      2: Mala      3: Regular      4: Buena      5: Muy buena**

- 2. Responda a las siguientes cuestiones**

**a) Menciona tres aspectos que te hayan gustado.**

**b) Menciona tres aspectos que mejorarías.**

Anexo 12. Diploma

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD DE  
ACTIVIDAD FÍSICA EN FIBROMIALGIA



\_\_\_\_\_ A ..... POR HABER CUMPLIDO LOS OBJETIVOS  
PROPUESTOS EN DICHO PROGRAMA

PARA QUE CONSTE, SE EXPIDE EL PRESENTE DIPLOMA  
EN:

..... A ..... DE.....DE.....

FIRMA DE LAS DOCENTES    FIRMA DE LA PARTICIPANTE

\_\_\_\_\_

